d. Verf.

LANE MEDICAL LIBRARY SAN FRANCISCO

Casuistischer Beitrag

zur

Symptomatologie der Hemicranie.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 4. März 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Hans Dorendorf

aus Aken a. E.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Neuhaus.
- Dr. med. Brausewetter.
- Cand. med. Neuhaus.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinem Grossoheim

dem Herrn

Generalarzt z. D. Dr. Grubitz

als ein geringes Zeichen seiner Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Der Name Hemicranie findet sich schon bei älteren Autoren, doch nicht immer als Bezeichnung für das Krankheitsbild, dem wir jetzt diesen Namen zu geben pflegen. Vielfach wurden mit Hemicranie Supraorbitalneuralgieen bezeichnet. Noch Schönlein verlegt den Sitz der Schmerzen bei der Hemicranie, oder, wie er sie nennt, der „Hysteria cephalica", in die Ausbreitungen des Nervus frontalis und temporalis.

Als der erste hat Romberg die Hemicranie scharf von den peripheren Neuralgieen unterschieden und sie als Hyperästhesie des Gehirns, geradezu als Neuralgia cerebralis bezeichnet. Indessen wurde eine Begründung des cerebralen Ursprungs der Hemicranie von Romberg in keiner Weise gegeben.

Die neueren Fortschritte in der Auffassung der Hemicranie knüpfen sich besonders an die von du Bois-Reymond und Möllendorff über diese Krankheit angestellten Beobachtungen.

Bevor wir auf diese etwas näher eingehen, mögen in aller Kürze die Symptome der Hemicranie angeführt werden.

Unter Hemicranie versteht man einen Symptomencomplex, der sich hauptsächlich durch einseitigen, spontan und in Anfällen auftretenden Kopfschmerz charakterisiert. Erfahrungsgemäss findet sich der Kopfschmerz am häufigsten linksseitig. Bei manchen Kranken wechselt sein Sitz bei verschiedenen Anfällen (Hemicrania alternans), oder er ist anfänglich halbseitig, nimmt aber

allmählich mehr und mehr auch die andere Seite ein. Überhaupt hat man sich beim halbseitigen Kopfschmerz keine mathematischen Grenzen vorzustellen, denn es dehnt sich der Schmerz vielfach über die Medianlinie aus, während er an anderen Stellen dieselbe nicht erreicht.

Der Schmerz wird bald als dumpf, bald als bohrend, drückend oder zermalmend angegeben; den stechenden Schmerz sonstiger Neuralgieen wird man in den Schilderungen der Kranken meist vermissen. Desgleichen fehlen umschriebene, schmerzhafte Druckpunkte nach Art der Valeixschen Druckpunkte bei Neuralgieen.

Sehr viele Patienten zeigen während des Anfalls eine ungewöhnliche Empfindlichkeit gegen helles Licht, starke Geräusche; sie gähnen, stossen häufig auf, haben einen pappigen Geschmack; in vielen Fällen kommt es zu Erbrechen.

Die objective Beobachtung vermag in einer Anzahl der Fälle anormale vasomotorische Verhältnisse auf der betroffenen Gesichts- und Kopfhälfte festzustellen.

Eben diese vasomotorischen Erscheinungen verwerteten du Bois und Möllendorff für eine Theorie dieser Krankheit.

Du Bois beobachtete an sich selbst während der Migräneparoxysmen einen Contractionszustand der Arteria temporalis auf der kranken Seite, so dass diese Arterie sich wie ein harter Strang anfühlte, während sie auf der gesunden Seite normale Beschaffenheit darbot, ferner ein bleiches Aussehen der betroffenen Gesichtsseite, das auf eine Blutleere der betroffenen Gesichtshälfte hinwies, und, was besonders richtig war für seine Theorie, eine Pupillenerweiterung auf der kranken Seite.

Aus der Summe dieser Erscheinungen schloss du Bois-Reymond, dass der hemicranische Anfall, wenig-

stens in einer Reihe von Fällen, „auf einem tonischen Krampf sämtlicher Gefässmuskeln der leidenden Kopfhälfte beruhe, der in nichts anderem seinen Grund haben könne, als in einer dauernden Erregung, einem Tetanus im Gebiete des Halsteils des entsprechenden Sympathicus".

Den Druck, welchen die sich krampfhaft zusammenziehenden Gefässmuskeln auf ihre sensiblen Nerven ausüben, sah er für die Ursache des Schmerzes beim hemicranischen Paroxysmus an und führte als Analoga die Schmerzempfindungen an, wie sie in quergestreiften Muskeln, z. B. beim Wadenkrampf oder beim elektrischen Tetanisieren, in den glatten Muskeln des Uterus und des Darmes bei den Wehen und bei der Kolik entstehen.

Später stellte Möllendorff ein Symptomenbild bei einem Anfalle von Hemicranie fest, welches dem von du Bois-Reymond geschilderten durchaus entgegengesetzt war.

Hatte du Bois-Reymond auf der Höhe des Anfalls die schmerzhafte Kopfhälfte bleich und verfallen, das Auge eingesunken, die Temporalarterie contrahiert, die Pupille erweitert gesehen, so beobachtete Möllendorff das Gesicht auf der leidenden Seite gerötet, heiss, turgescierend, die Art. temporalis erweitert, stärker pulsierend, die Conjunctiva lebhaft injiciert, die Pupille verengt.

Auf Grund dieser Beobachtungen bildete Möllendorff sich eine Theorie der Hemicranie, nach welcher sie „eine teils typische, teils atypische einseitig auftretende Anenergie der die Art. carotis beherrschenden vasomotorischen Nerven ist, wodurch die Arterien erschlaffen und eine arterielle Fluxion nach dem Grosshirn gesetzt wird".

Der Augenspiegelbefund rechtfertigte in den von Möllendorff beobachteten Fällen die Annahme des Forschers vollkommen. Der Augenhintergrund des leidenden Auges erschien während des Anfalls lebhaft scharlachrot, der Sehnervenhügel gerötet und verwaschen, die Art. und Vena centr. retinae breiter, letztere knotig und sehr geschlängelt, von viel dunklerer Farbe als sonst. Das andere Auge hatte den normalen Hintergrund, Art. und Vena centralis erschienen unverändert.

Während also du Bois-Reymond einen Tetanus im Halsteile des Sympathicus oder dem spinalen Centrum desselben als Ursache der von ihm beobachteten Hemicranie antraf, zeigte Möllendorff, dass anderen Migränefällen ein verminderter arterieller Tonus der Kopfgefässe, ein paretischer Zustand im Halsteile des Sympathicus oder in seinem spinalen Centrum zu Grunde liege.

Eine grosse Anzahl von Untersuchungen an Hemicranie-Kranken, zur Zeit des Paroxysmus angestellt, stellte die Richtigkeit beider Anschauungen ausser Frage.

Auf diesen Befunden beruht die Unterscheidung zweier Hauptformen der Hemicranie, der Hemicrania sympathico-tonica und Hemicrania neuro- bezw. sympathico-paralytica.

Indessen sind hiermit nur die Nervenbahnen nachgewiesen, welche durch ihre periodisch erhöhte oder verminderte Erregung die den Migräneanfall begleitenden Circulationsstörungen vermitteln.

Die Ursache dieser abnormen Erregbarkeitsschwankungen in den betreffenden Nervenbahnen, auch selbst der Mechanismus, wie der Anfall zu stande kommt, ist zur Zeit noch völlig dunkel.

In einer Reihe von Fällen scheint der Anfall auf reflectorischem Wege zu stande zu kommen. So giebt es eine Reihe von Beobachtungen, wo bei neuropathischen

Frauen in regelmässigen 3—4wöchentlichen Intervallen zur Zeit der Menstruation Migräneanfälle auftraten. Dass diese regelmässig mit der Menstruation auftretenden Anfälle oft mit letzterer in einem gewissen Zusammenhange stehen, kann nicht bezweifelt werden, da mit der Unterbrechung der Menstruationen durch Schwangerschaft auch die Migräneanfälle ganz ausblieben, mit dem Cessieren der Menses im Klimakterium nicht selten völlige Heilung von diesen periodisch auftretenden Migräneparoxysmen beobachtet wurde. — Man könnte sich diesen Zusammenhang vielleicht so vorstellen, dass bei neuropathischen Frauen die bei der Menstruation stattfindenden Congestionen nach dem Genitalapparate auf die sensiblen Nerven des letzteren Reize ausüben, welche reflectorisch den Migräneparoxysmus auslösen könnten.

Wenn wir im Hinblick auf die vasomotorischen Erscheinungen, welche bei der Migräne in der Regel vorkommen, annehmen, dass die Krankheit der Hauptsache nach als eine Krankheit des Sympathicus angesehen werden muss, so müssen wir doch Moebius und Eulenburg darin beistimmen, dass diese Annahme keineswegs bewiesen ist.

Eulenburg ist der Ansicht, es gäbe Hemicranieen, die wahrscheinlich mit dem vasomotorischen Nervensystem resp. dem Sympathicus überhaupt nicht in directem Zusammenhange ständen. „Der Tetanus oder die Relaxation der Gefässmuskeln übten mehr einen indirecten und auf einzelne Fälle beschränkten Einfluss aus, indem dieselben eine wichtige Quelle örtlicher Anämie oder Hyperämie darstellten. Denn die örtlichen Circulationsanomalieen — ohne Rücksicht auf ihren speciellen Entstehungsmodus, welche die Ursache für intracranielle Druckschwankungen abgäben — seien als das wesentliche und allgemeine Causalmoment der

Hemicranie aufzufassen. Der halbseitige Kopfschmerz könne sehr gut durch die intracraniellen Druckschwankungen erklärt werden, denn er habe aller Wahrscheinlichkeit nach seinen Sitz teils in der Dura mater, teils in der Pia, vielleicht auch in empfindenden Schichten des Grosshirns."

Wir bewegen uns somit betreffs des Entstehungsmodus des hemicranischen Anfalls noch ganz auf dem Boden der Hypothese.

Was die Ätiologie der Hemicranie anbetrifft, so spielt die Heredität dabei eine grosse Rolle.

Einerseits ist die Hemicranie als solche erblich; andererseits tritt sie nicht selten in Familien auf, in welchen auch sonstige Nervenleiden (Epilepsie, Hysterie, Psychosen, vorgekommen sind.

Wo keine hereditäre Belastung vorliegt, sind häufig als veranlassende Momente für das Entstehen der Krankheit körperliche und geistige Überanstrengungen, psychische Erregungen, Digestionsstörungen, übermässiger Alkoholgenuss anzusehen.

Wenn wir uns nunmehr der Betrachtung der schwereren Formen der Hemicranie zuwenden, so können wir in symptomatologischer Hinsicht zwei Hauptgruppen unterscheiden:

a) Hemicranie mit gleichseitigen Sensibilitäts- und sensorischen Störungen nach Art der hysterischen Hemianästhesie.

b) Hemicranie mit Lähmungserscheinungen, die auf eine Functionshemmung bestimmter Rindencentren hinweisen.

Unter diesen beiden Formen von Hemicranie giebt es Fälle, bei denen die Migräneparoxysmen, nachdem sie eine mehr oder minder lange Zeit in grösseren Intervallen auftraten, später immer häufiger werden,

länger anhalten, bis schliesslich bei den Kranken dauernde Migränesymptome sich nachweisen lassen, welche von Zeit zu Zeit Exacerbationen erfahren. Oppenheim bezeichnet diese Fälle von Hemicranie als Hemicrania permanens.

Diejenige Kategorie von Migräne, bei welcher gleichseitige Sensibilitäts- und sensorische Störungen auftreten, ist entschieden häufiger als jene, welche mit Lähmungserscheinungen compliciert ist.

Man findet zahlreiche Fälle von Hemicranie beschrieben, bei welchen Hyperästhesieen, An- und Parästhesieen, besonders oft Formicationen, Kältegefühl auf der vom Migräneanfall betroffenen Seite oder einem Teile derselben beobachtet wurden. In anderen Fällen betrifft die Störung vorzugsweise die höheren Sinnesnerven: Eine Herabsetzung des Geruchs und Geschmacks, zuweilen auch Störung des Acusticus der kranken Seite lassen sich nachweisen.

Oft ist es freilich schwierig, ja direkt unmöglich, festzustellen, wie viel von den Krankheitssymptomen als Folge der Hemicranie, wieviel als Folge einer oft gleichzeitig bestehenden Hysterie anzusehen ist.

Nicht selten nämlich combiniert sich die Hemicranie mit irgend einer anderen Neurose, wie dies bei der neuropathischen Prädisposition der von der Migräne Betroffenen nicht auffallen kann.

Besonders häufig ist die Combination der Hemicranie mit Hysterie.

Durch die Güte des Herrn Privatdocenten Oppenheim bin ich in die Lage versetzt, einen in symptomatologischer Beziehung interessanten Fall dieser Art mitzuteilen.

Krankengeschichte der unverehelichten 26jährigen P. L.

Pat. wird im Juli 1889 in der Nervenklinik der Königl. Charité behandelt.

Anamnese: Die aus gesunder Familie stammende Pat. leidet seit ihrer Kindheit an anfallsweise auftretendem, linksseitigem Kopfschmerz. Die Schmerzen beginnen im Genick und ziehen nach der Stirn zu. Fast immer trat während der Anfälle Erbrechen ein; Flimmern vor dem linken Auge begleitete den Anfall.

Seit dem Jahre 1887 trat eine wesentliche Verschlimmerung des Leidens ein. Die Anfälle, welche früher in 6 bis 7wöchentlichen Intervallen auftraten und 1 bis 2 Tage anzuhalten pflegten, wurden immer häufiger und heftiger.

Zuletzt verschwanden auch die kurzen Zwischenräume, während deren Pat. sich bisher wohl befunden hatte, und Pat. wurde dauernd von Migräne geplagt. Dabei traten zu den Schmerzen in der linken Kopfseite heftige Schmerzen des linken Auges und linken Nasenlochs. Gleichzeitig soll Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr und Mattigkeit der ganzen linken Seite bestehen. In gewissen Zwischenräumen treten Anfälle auf, während deren die erwähnten krankhaften Erscheinungen eine heftige Steigerung erfahren. Wenn die Anfälle besonders heftig sind, soll die ganze linke Seite „steif“ sein. Brechneigung war im Gegensatz zu früher in den letzten 2 Jahren nicht vorhanden, dagegen starkes Schwindelgefühl. Pat. will 2mal auf der Strasse umgefallen sein, ohne jedoch das Bewusstsein zu verlieren.

Status praesens: Nach bestimmten Angaben der Pat. werden Pinselberührungen auf der linken Kopf- und Gesichtsseite dumpfer als auf der rechten Seite gefühlt. Dagegen werden Nadelstiche auf der linken Kopf- und Gesichtshälfte schmerzhafter empfunden, als auf der rechten.

Conjunctiva- und Cornea-Reflexe auf beiden Seiten ohne Unterschied.

Pinselberührungen am Halse und der Brust werden beiderseits in gleicher Weise wahrgenommen. Dagegen sollen Nadelstiche auf der linken Brust schmerzhafter sein als auf der rechten.

Die Gefühlsprüfung der Extremitäten ergiebt dasselbe Resultat wie die des Gesichts, d. h. Hyperästhesie für Berührungen auf l. Seite.

Asa foetida erzeugt auf dem rechten Nasenloche stärkere Geruchsempfindung als auf dem linken.

Oleum Menthae pip. riecht links sehr schwach, so dass es nicht erkannt wird, rechts deutlich nach Pfeffermünz.

Acid. acet. schmeckt nur auf der rechten Zungenhälfte sauer. Es brennt auf beiden Zungenhälften, rechts stärker.

Die Prüfung des Gesichtsfeldes ergiebt eine Gesichtsfeldeinschränkung, die auf dem linken Auge wesentlich grösser ist, als auf dem rechten Auge.

In gleicher Weise ist der Dyschromatismus links weit stärker als rechts ausgeprägt.

Nach Anwendung des faradischen Pinsels auf die linke Körperhälfte und Galvanisation durch den Kopf (Anode L.) wird Pat. von den Kopfschmerzen befreit; in dem Verhalten der Sensibilität tritt keine Änderung ein.

Am 16. VI. will Pat. aus dem linken Nasenloche eine gelbe Flüssigkeit entleert haben und empfindet einen Druck hinter dem linken Auge; gleichzeitig besteht ein heftiger linksseitiger Kopfschmerz, welcher der elektrischen und medicamentösen Behandlung trotzt.

Es wird ein Magnet auf die linke Kopfseite angelegt; dadurch wird schon nach 1 Std. der Kopfschmerz zum Verschwinden gebracht.

17. VI. Am folgenden Tage aber stellt sich in der rechten Schläfengegend Kopfschmerz ein, was bisher nie der Fall gewesen war. Er hält 2 Std. an. Sensibilitätsverhältnisse wie früher.

18. VI. Heftiger linksseitiger Kopfschmerz, der sofort nach Application des Magneten schwand, ohne dass er heute auf der anderen Seite aufgetreten wäre.

19. VI. Am folgenden Tage wiederholt sich der Anfall, wird wieder durch den Magneten beseitigt.

23. VI. Die Sensibilitätsprüfung ergiebt insofern ein anderes Resultat als früher, als jetzt auch die Schmerzempfindlichkeit der linken Extremität im Vergleiche zu der in der rechten abgeschwächt erscheint; dagegen bestehen die früheren Sensibilitätsverhältnisse im Gesicht fort.

Pat. will diese Veränderung nach dem Elektrisieren bemerkt haben; das Gesicht wurde nicht mit elektrisiert.

In der nächsten Zeit erweist sich die Magnetbehandlung als erfolglos. Pat. verlässt wenig gebessert die Anstalt.

Epikrise: Ein 26jähriges Mädchen, welches aus gesunder Familie stammt, leidet seit ihrer Kindheit an typischen, uncomplicierten Migräneanfällen, die regelmässig in 6—7wöchentlichen Intervallen auftreten.

Als Pat. ihr 23. Lebensjahr erreicht hat, tritt eine wesentliche Verschlimmerung ihres Leidens ein. Die Anfälle werden häufiger und länger dauernd; es tritt dabei Schwerhörigkeit und Mattigkeit der ganzen linken Seite auf. Bisweilen treten Schwindelanfälle auf.

Die objective Untersuchung weist nach:

Pat. ist gegen Reize mässiger Intensität auf der linken Kopf- und Gesichtsseite, sowie auch den linken Extremitäten fast anästhetisch. Schmerzhafte Reize

werden heftiger schmerzend empfunden als auf der rechten Seite.

Geruchs- und Geschmacksempfindung auf der linken Seite deutlich herabgesetzt.

Die Sehprüfung ergiebt:

Beiderseits Gesichtsfeldeinschränkung; auf dem linken Auge wesentlich stärker als auf dem rechten.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine Hemicrania permanens. Anfangs selten und von geringer Heftigkeit, treten die Anfälle später in immer rascherer Folge auf, bis schliesslich die Zeit des Wohlbefindens ganz aufhört, und die Pat. dauernd die Symptome einer Migränekranken zeigt.

Nachdem die Hemicrania permanens eine Zeit lang bestanden hat, combiniert sie sich mit Hysterie. Es ist in diesem Falle — wie in den meisten Fällen, wo Hemicranie mit Hysterie combiniert auftritt — wohl kaum möglich, auch nur annähernd sicher zu entscheiden, wie viel von den sensiblen und sensorischen Anomalieen der Hemicranie, wie viel der Hysterie zuzuschreiben ist.

Was die motorischen Störungen anbelangt, die während der Anfälle und Kopfschmerzen auf der linken Seite an den linken Extremitäten beobachtet wurden, so sind diese wohl zweifellos als hysterische Lähmung aufzufassen.

Wie durch die Hemicranie nicht selten die neuropathische Prädisposition für Hysterie resp. Neurasthenie geschaffen wird, so findet man in selteneren Fällen sie als vorbereitend für andere Neurosen.

Herr Privatdocent Oppenheim überwies mir einen derartigen Fall aus der Nervenpoliklinik der Kgl. Charité zur Beoabachtung.

Es handelt sich dabei um einen Pat., bei dem zu einer bestehenden Hemicranie nach Jahren die Sym

ptome des Schreibkrampfes erst in der rechten und später auch der linken Hand hinzutraten.

Krankengeschichte des Kaufmanns H.

Anamnese: Des Pat. Vater, Mutter und Mutter der Mutter litten an halbseitigen periodischen Kopfschmerzen; Pat. selbst seit seinem 4. Lebensjahre an demselben Leiden.

Die Kopfschmerzen, die beim Pat. gewöhnlich in wöchentlichen Zwischenräumen, bisweilen auch 2mal in der Woche aufzutreten pflegten, begannen fast regelmässig auf der rechten oder linken Stirnseite und breiteten sich nach dem Scheitel und Hinterkopf zu aus. Der Schmerz wird vom Pat. als dumpf und drückend bezeichnet.

Dabei zeigte sich eine wesentliche Störung des Allgemeinbefindens, gänzliche Appetitlosigkeit, Neigung zum Erbrechen, Lichtscheu, Empfindlichkeit gegen Geräusche.

Pat. giebt an, bis zu seinem 19. Jahre während eines solchen Anfalles nicht selten 6—8mal erbrochen zu haben.

Die Kopfschmerzen dauerten stets den ganzen Tag über, hielten bisweilen auch die Nacht über noch an; sie waren von weniger langer Dauer und weniger heftig, wenn die Anfälle in kürzeren als 8tägigen Zwischenräumen auf einander folgten.

Flimmern vor den Augen will Pat. nur bei 2 Anfällen vor etwa 10 Jahren gehabt haben. Das Flimmern hielt etwa 10 Minuten an.

Bei 2 anderen Anfällen will er etwa 1 Stunde lang doppelt gesehen haben.

Pat. hebt hervor, an den Tagen der Anfälle eine abnorme Steigerung seiner Geruchsempfindung bemerkt zu haben.

Am Abend vor den Anfällen will er stets auffallend erregt, oft in exaltierter Stimmung gewesen sein und stets einen viel stärkeren Appetit gehabt haben, als gewöhnlich.

Auch giebt er an, am Abend vor den Anfällen häufig Urinverhaltung gehabt zu haben.

Bisweilen meint Pat., wenn er diese regelmässigen Vorboten bemerkte, durch den Genuss einer sehr starken Tasse Kaffees das Eintreten des Anfalls verhindert zu haben.

Wenn der Anfall am heftigsten war, suchte Pat. ein dunkles Zimmer auf und legte zur Linderung seiner Kopfschmerzen nasse Tücher auf die Stirn.

Nach dem Anfalle will Pat. häufigeren Drang zum Urinlassen gehabt haben und grössere Harnmengen als sonst entleert haben.

Die Anfälle traten, in der späteren Zeit seltener werdend, meist nach anstrengender Geschäftsthätigkeit oder nach Gemütsbewegungen auf.

Vor 14 oder 15 Jahren bemerkte Pat., dass ihm das Schreiben grössere Mühe als bisher bereitete. Dabei will er während des Schreibens zuerst ein unangenehmes, unbehagliches Gefühl von Müdigkeit in der Hand gehabt haben. Zu dieser unangenehmen Empfindung, die sich in der Folgezeit steigerte, kam später ein starkes Schwitzen der Hohlhand hinzu. — Bald ging dann das Gefühl der Ermüdung und Schwäche von der Hand auch auf die Streckmuskeln des Vorderarms über.

Hand und Vorderarm sollen beim Schreiben gestockt haben; später habe er das Gefühl gehabt, als ob sie wie erstarrt, „wie festgenagelt“ am Schreibtische gewesen seien.

Bei längerem Schreiben habe sich das Schwächegefühl auch über den Oberarm verbreitet.

Der Zustand verschlimmerte sich nun schnell, so dass Pat. bald nicht mehr im stande war, seinen Namen zu schreiben.

Einreibungen und elektrische Behandlung waren ohne Erfolg.

Eine Abnahme der Kraft in der rechten Hand hat Pat. nicht bemerkt; auch konnte er stets alle Hantierungen, auch feinere, ungestört mit der rechten Hand ausführen.

Pat. übte sich im Schreiben mit der linken Hand und erreichte darin eine grosse Gewandtheit.

Im Juli 1890 will Pat. nach dem Heben einer Last plötzlich Schmerzen in der linken Schulter und im linken Arm gehabt haben, die nach 4wöchentlichen Einreibungen mit Jodtinctur gewichen sein sollen.

Etwa 3 Monate später wird Pat. beim Schreiben mit der linken Hand von einer unangenehmen Empfindung der Spannung in der Muskulatur der linken Hand gequält. Es befällt ihn beim längeren Schreiben eine gewisse Unsicherheit und Unbeholfenheit. Die unangenehmen Empfindungen steigern sich in der Folgezeit und strahlen von der Hand bis zur Schulter hin aus. Gleichzeitig bemerkte Pat., dass sein linker Daumen und Mittelfinger sich krampfhaft von der Feder zurückzogen, so dass die Feder nicht fest in der Hand gehalten werden konnte. Dabei will er bemerkt haben, dass die erwähnte Bewegungsstörung im Beginne des Schreibens am stärksten gewesen sei.

Die Schmerzen will er auch, wenn er nicht schrieb, gehabt haben; er giebt aber zu, sehr viel an seine Unfähigkeit zu schreiben zu denken und glaubt, dass die Schmerzempfindung sicher nicht vorhanden sei, wenn er seine Aufmerksamkeit auf andere Dinge concentriert.

Pat. giebt an, beim Schreiben und später beim blossen Versuche, sehr erregt gewesen zu sein; er will

Herzklopfen und Hitzegefühl dabei gehabt haben, welche nervösen Erscheinungen bald schwanden, wenn er die Feder aus der Hand legte.

Jene typischen Anfälle von halbseitigem Kopfschmerz und Störung des Allgemeinbefindens, an denen er früher so häufig gelitten, sollen in der letzteren Zeit seltener aufgetreten sein und weniger heftig gewesen sein.

Status praesens: Pat. ist ein robuster, kräftiger Mann.

Bei der Betrachtung der beiden oberen Extremitäten fällt etwas Pathologisches nicht auf.

Im Muskelvolumen beider oberen Extremitäten kein Unterschied.

Sehnenscheiden frei. Kein Zittern.

Die rohe Kraft links vielleicht ein wenig herabgesetzt.

Druckempfindlichkeit beider Plexus brachiales, links stärker als rechts.

Quer- und Dornfortsätze der Hals- und Brustwirbel nicht druckempfindlich.

Beim Schreiben mit der linken Hand leichter Spasmus des Daumens und Mittelfingers.

Dabei Klage über Parästhesieen in den Fingern, die von der Hand an der radialen Streckseite des Unterarms und Oberarms bis zum Schultergürtel sich hinziehen.

Objectiv kein Sensibilitätsunterschied an beiden oberen Extremitäten.

Beim Schreiben mit der linken Hand ist die Pulsfrequenz etwas erhöht.

Pat. schreibt gegenwärtig besser und mit weniger Anstrengung mit der rechten Hand.

Epikrise: Ein kräftig entwickelter 39jähriger Kaufmann, dessen Familiengeschichte das Vorkommen von typischer Migräne bei mehreren Angehörigen der Fa-

milie ergiebt, zeigt seit früher Kindheit die durch Hemicranie verursachten Beschwerden.

Auffallend ist dabei die stets dem Anfalle vorausgehende erhebliche Steigerung des Appetits, von dessen Befriedigung oder Nichtbefriedigung unabhängig, der Anfall am nächsten Morgen einzutreten pflegte, und die psychische Aura.

Vor 15 Jahren tritt beim Pat. in der r. Hand jene Form des Schreibkrampfes auf, die wir nach dem Vorgange von Duchenne und Benedikt als paretische zu bezeichnen pflegen. Der Zustand verschlimmert sich, so dass Pat. sich genöthigt sieht, mit der linken Hand schreiben zu lernen, worin er sich auch eine grosse Fertigkeit aneignet.

Vor einem Jahre nun, nach dem Heben einer Last, treten Schmerzen in der linken Schulter und im linken Arme auf; 3 Monate später ein an den spastischen Schreibkraft erinnernder Zustand der linken Hand.

Bei der Entwickelung dieses Zustandes spielt beim Pat. die neuropathische hereditäre Belastung und seine Prädisposition für Neurosen, die durch eine seit früher Kindheit bestehende Hemicranie und ein sensibles, reizbares Temperament, das der Pat. besitzt, hinlänglich ausgeprägt erscheint, eine grosse Rolle.

Ausser dieser neuropathischen Disposition kommt wohl noch ein weiteres ätiologisches Moment in Betracht. Die Erfahrung lehrt, dass die Krankheit hauptsächlich Leute betrifft, welche genötigt sind, viel zu schreiben und ihrer Schriftform eine specielle Beachtung zu schenken.

Unser Pat. aber war durch seinen Beruf genötigt, viel zu schreiben und sich einer möglichst gleichmässigen und „schönen“ Handschrift zu befleissigen.

Wie oft beobachtet worden ist, ging auch bei unserm Pat. die Coordinationsstörung nach längerer Zeit von der rechten auch auf die linke Hand über, ohne dass

man eine genügende Erklärung dafür finden könnte. Vielleicht trug die übermässige Kraftanstrengung der linken Hand, die der Pat. beim Heben der schweren Last anwendete, zum Zustandekommen des Schreibkrampfes in der linken Hand bei.

Wenn wir nunmehr zur Betrachtung der schwereren Formen von Hemicranie übergehen, welche mit Rindensymptomen compliciert sind, so finden wir unter diesen am häufigsten eine Form von Hemicranie, die mit Sehstörungen einhergeht, beschrieben.

Durch Foerster, Listing, Galezowski, Dianoux, Airy sind Beschreibungen dieses Krankheitsbildes gegeben worden.

Umfassendere Studien sind auch von Charcots Schule, besonders von Féré darüber angestellt worden, von welchem letzteren auch der jetzt meist dafür gebräuchliche Name „Migraine ophthalmique“ herrührt. Indessen belegt Féré mit diesem Namen alle schweren Formen von Hemicranie, auch wenn motorische Störungen, Aphasie das Symptomenbild des Paroxysmus beherrschen; vorausgesetzt nur, dass die betreffenden Sehstörungen gleichzeitig zur Beobachtung kommen, wie dies in der grossen Mehrzahl, aber durchaus nicht in allen Fällen von schwerer Hemicranie der Fall zu sein pflegt. Practischer erscheint es, wie Piorry es that (Traité de médecine pratique), die Migraine ophthalmique von jenen andern complicierten Migränefällen zu trennen.

Der typische Anfall von Migraine ophthalmique ist gekennzeichnet durch das „Scotome scintillant“, das Flimmerscotom und einen hemianopischen Gesichtsdefect, welche Erscheinungen zu dem typischen Bilde der He-

micranie hinzukommen. — „Der am Flimmerscotom leidende Pat. sieht im Gesichtsfelde eine leuchtende Figur auftauchen, die anfangs kreisrund erscheint, dann mehr oval und halbkreisförmig wird, Zickzack- oder Festungslinie zeigt und in einer sehr lebhaften flimmernden Bewegung begriffen ist. Dieses Phänomen ist bald in einem leuchtenden Weiss, bald in mehr oder minder deutlich gelben, roten oder blauen Farbentönen ausgeführt[1])."

Das Flimmern besteht bei Augenschluss fort.

Mit dem Scotome tritt entweder gleichzeitig, oder ihm vorangehend oder folgend, ein meist homonymer Gesichtsdefect, die erwähnte Hemianopsie auf, die in den seltensten Fällen von Migraine ophthalmique fehlt. Ebenso selten beobachtet man die Gesichtsfeldeinschränkung ohne Flimmerscotom[2]).

Die Gesichtsfeldgrenze ist meist durch eine mehr oder minder gewundene Linie gegeben, so dass der Pat. von den Gegenständen einen nicht scharf abgegrenzten Teil sieht.

In seltenen Fällen wird der Gesichtsfelddefect ein totaler, wodurch eine vorübergehende Amaurose bewirkt wird; selten erreicht er gerade die Fixationslinie, wie Charcot einen derartigen Fall mitteilt, wo der Patient genau die Hälfte der betrachteten Gegenstände wahrnahm.

Die Gesichtsfeldeinschränkung ebenso, wie das Flimmerscotom betreffen nach Férés Mitteilungen[2]) zuweilen das Auge der leidenden Kopfhälfte stärker, und die Angaben der Patienten können dann den Glauben erwecken, dass es sich um eine beschränkte Hemianopsie nur eines Auges handele. Indessen beweisen die ob-

---

[1]) Charcot, Neue Vorlesungen, deutsch von Freud.

[2]) Féré, Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique. Revue de médecine 1889.

jectiven Untersuchungen stets ein Betroffensein beider Augen.

Auch selbst in den Fällen, wo von dem Kranken keine eigentliche Gesichtseinengung beobachtet wird, und von ihm die Objecte wohl erkannt werden, wenn auch ohne scharfe Grenze und in Nebel verschwindend, ergiebt — wie Féré durch zahlreiche Untersuchungen feststellte — die Untersuchung stets eine Gesichtsfeldeinengung.

Charakteristisch für die Augenmigräne ist, dass die subjectiven und objectiven Gesichtsanomalieen meist sehr vorübergehender Natur sind, meist nur von der Dauer weniger Minuten; dann verschwinden die Erscheinungen völlig, und der Kranke befindet sich wieder wohl.

In einer Anzahl von Fällen, die in symptomatologischer Hinsicht besonders interessant sind, treten diese Sehstörungen in den Hintergrund gegenüber den Lähmungserscheinungen anderer Art, der Aphasie, Hemiparesis, Hemianästhesie etc.

Ohne Verlust des Bewusstseins kommt es zur Vertaubung einer Hand, der Lippen, Parese oder Paralyse einer Extremität. Seltener beobachtet man Tic convulsif, Lähmung beider Extremitäten einer Seite; in noch seteneren Fällen ausser der Extremitätenlähmung auch eine solche der Rumpf- und Gesichts-Muskulatur auf der kranken Seite, so dass während des Anfalls das Bild einer typischen Hemiplegie besteht.

Eine häufigere Erscheinung bei schwereren Hemicranien ist eine vorübergehende Sprachstörung, welche mehr oder minder vollständig sein kann. Oft handelt es sich nur um eine Erschwerung der Sprache; es fehlen dem Patienten die weniger häufig gebrauchten Worte. Fälle, wo während des Anfalls ausgesprochene sensorische Aphasie bestand, sind mit Sicherheit noch nicht beob-

achtet worden. Dagegen tritt uns nicht selten Paraphasie, oft motorische Aphasie während des Anfalls entgegen.

Charcot teilt einen Fall von Hemicranie mit, bei dem während der Anfälle motorische Aphasie mit vollendeter Agrapsie sich feststellen liess. Der betreffende Fall ist ausserdem deshalb interessant, weil bei ihm gleichzeitig motorische Störungen des Daumens und Zeigefingers der rechten Hand beobachtet wurden.

Es mag hierbei bemerkt werden, dass in den wenigen veröffentlichten Fällen von Hemicranie, bei denen Aphasie mit Motilitätsstörungen gleichzeitig zur Beobachtung kamen, diese stets die rechte Seite betrafen.

Oppenheim teilte mir einen derartigen Fall aus seiner Privatpraxis mit.

Krankengeschichte des Baumeisters G.

G., Baumeister, neuropathisch belastet, leidet selbst seit vielen Jahren an Neurasthenie, seit der Pubertätszeit an Anfällen von Hemicranie, die in grösseren Intervallen auftraten. Die Anfälle waren anfangs rein, später wurden sie eingeleitet durch Flimmern. Seit den letzten Jahren leidet er an schweren complicierten Anfällen. Es tritt zunächst Flimmern auf, das an bestimmter Stelle beginnend, sich allmählich über das ganze Gesichtsfeld ausbreitet. Sobald sich das Flimmern eingestellt hat, ist der Anfall mit Sicherheit zu erwarten. Allmählich bildet sich „ein schwarzes Loch“ im Gesichtsfelde. Nachdem das Flimmern circa $^1/_2$ Stunde bestanden hat, stellt sich der Kopfschmerz ein, von meistens heftiger Intensität, gleichzeitig Übelkeit und häufig Erbrechen. Meist treten während des Anfalls Parästhesieen in einer Körperhälfte auf, sowie eine Abstumpfung des Gefühls in derselben. Auch ist ihm bisweilen die rechte Hand „wie verlahmt“.

In den 2 oder 3 letzten Anfällen kam unter heftigem

Erbrechen Aphasie hinzu, so dass der Pat. während des Anfalls das Bild eines schwer kranken Individuums darbot. Er wiederholte stets die Worte: „Immer dieselbe Geschichte“, konnte vorgehaltene Gegenstände nicht bezeichnen oder bezeichnete sie falsch.

Sensorische Aphasie war nicht deutlich nachweisbar, auch keine objectiven Lähmungserscheinungen.

Der Anfall dauerte vom Nachmittag bis zum anderen Morgen. Schon nachts um 2 Uhr hatte sich die Aphasie mehr zurückgebildet. Aber noch am Tage nach dem Anfalle, nachmittags um 3 Uhr bestand bei schwierig auszusprechenden Worten eine an das Paralytische erinnernde Sprachstörung. In der Zwischenzeit zwischen den Anfällen bietet Pat. objectiv nichts Abnormes, nur bestehen die Erscheinungen der nervösen Dyspepsie und nervöse Beschwerden.

Epikrise: Es handelt sich um einen schweren Fall von Hemicranie, der die Erscheinungen der Migraine ophthalmique zeigt und mit Sensibilitätsstörungen einer Körperseite einhergeht, wozu bisweilen eine leichte Parese der Muskeln der rechten Hand kommt. Dazu tritt auf der Höhe des Anfalls eine schwere motorische Aphasie, die bald mehr den Charakter der Paraphasie anzunehmen und auffallend lange anzudauern pflegt.

Der folgende Fall reiht sich dem vorherbeschriebenen als ganz ähnlicher an. Er betrifft den Lehrer K., welcher in der Nervenpoliklinik der Kgl. Charité im Herbste 1890 behandelt wurde.

Anamnese: Eine Tante des Pat. leidet an „Kopfgicht“. Pat. selbst seit seinem 12. Lebensjahre an Anfällen, die stets in derselben typischen Weise auftraten.

Die Anfälle beginnen, ohne durch Unbehagen angekündigt zu werden, mit einem „traumartigen Gefühl“, dem sofort Flimmern folgt. Dabei tritt eine schwarze

Stelle vor den Augen auf, die es dem Pat. unmöglich macht, Gegenstände scharf zu erkennen.

Nach 15—20 Minuten hört das Flimmern auf, und die Gegenstände werden wieder klar vom Pat. gesehen.

Kurz nachdem das Flimmern begonnen hat, stellt sich ein Kriebeln und Taubheitsgefühl in einem Arme ein, das sich auch der entsprechenden Gesichtshälfte mitteilt. Die Hand „verlahmt" dem Patienten und „die Bewegungen des Armes werden automatenartig". Nach etwa 15 Minuten ist auch das vorüber.

Hat es sich nun um den rechten Arm gehandelt, so tritt jetzt eine Erschwerung der Sprache ein. Pat. hat alle Vorstellungen, aber die Namen fehlen ihm für viele. Er verwechselt Worte, spricht richtig nach und versteht Alles.

Das Schreiben ist genau, wie das Sprechen.

Lesen kann er, sobald das Flimmern vorüber ist.

Die Sprachstörungen bestehen, allmählich geringer werdend, etwa 2—3 Stunden lang fort.

Jetzt erst tritt halbseitiger Kopfschmerz auf, der nach leichten Anfällen nur 2—3 Stunden, nach heftigen Anfällen den ganzen Tag über anhält.

Während der von Aphasie begleiteten Anfälle war der Kopfschmerz linksseitig, und betraf die Motilitätsstörung regelmässig die rechte obere Extremität.

Anfälle hatte Pat. in den letzten Jahren:

1886 30. März, 1. October, 4. November.

1887 im April und August.

1888 im Mai, October, November, December.

1889 2 Anfälle im April, 1 im December

1890 am 31. Januar, 13. Februar, 14 März.

Die objective Untersuchung ergiebt in der Zwischenzeit nichts Abnormes. Pat. klagt über leichte Erregbarkeit und Zusammenzucken vor dem Schlafen, zuweilen auch Aufschrecken aus dem Schlafe.

Epikrise: Ein Pat. mit reizbarem, sensiblem Temperamente leidet seit Kindheit an schweren Migräneanfällen, die durch Rindensymptome compliciert sind.

Bei den Anfällen treten zuerst die Erscheinungen der Augenmigräne ein, diesem Symptomenbilde folgen Parästhesieen (Kriebeln, Taubheitsgefühl) in einer Gesichtshälfte und einer oberen Extremität, bisweilen leichte Parese der einen Hand.

Betraf der Schmerz nun die linke Kopfseite und die Parese die rechte Hand, so stellten sich, nachdem die übrigen oben erwähnten Symptome wieder verschwunden waren, motorische Aphasie und Paraphasie ein. Dabei traten die entsprechenden Störungen beim Schreiben auf.

Sensorische Aphasie war nicht vorhanden.

Die Summe der bei derartigen Anfällen beobachteten Symptome weist mit Sicherheit auf Störungen in gewissen Hirngebieten hin; das Vorübergehende und Passagäre der Erscheinungen auf functionelle Störungen in diesen Gebieten, die in Nichts anderem, als anormalen Circulationsverhältnissen und dadurch bedingter regionärer Anämie bezw. Hyperämie ihren Grund haben können.

Wenn alle diese bei Migräneanfällen beobachteten Rindensymptome in der Regel zwar passagärer Natur sind — sie bestehen eine kurze Zeit, um dann einem meist ungestörten Wohlbefinden Platz zu machen —, so kommt es doch bisweilen vor, dass diese vorübergehenden Erscheinungen sich in bleibende Zustände umwandeln.

So ist eine Reihe von Fällen durch Charcot und Féré veröffentlicht worden, bei denen die Hemianopsie, die Aphasie, die Sensibilitäts-, leichte Motilitätsstörungen, nachdem sie lange Zeit nur beim Anfalle bestanden, sich stabilisierten[3]).

[3]) Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique. Revue de médecine 1881.

Im Jahre 1883 veröffentlichte Féré einen Fall von Migraine ophthalmique, in welchem nach 31jährigem gutartigen Verlaufe unter apoplectischen Erscheinungen Aphasie und vollständige Hemiplegie sich entwickelten[4]).

Neuerdings teilte Oppenheim in den Charitéannalen die Krankengeschichte einer Patientin mit, die seit vielen Jahren an Migräne leidet und wiederholte schwere Attaquen, die mit Aphasie einhergingen, überstanden hat, nach einer psychischen Erregung plötzlich benommen wird und von nun an die Symptome einer Aphasie resp. Paraphasie mit Worttaubheit und einer rechtsseitigen Hemiplegie darbietet. Nur in den ersten Stunden wird eine Remission der Sprachstörung beobachtet, von nun an bleiben aber die Lähmungserscheinungen bis zum Tode unverändert[5]).

Aus den Mitteilungen der beiden Forscher erhellt, dass das ursprünglich funktionelle Leiden eine organische Grundlage gewonnen haben musste.

Bezüglich der Genese dieser Erscheinung formulierte Féré seine Auffassung folgendermassen: „Dans la migraine, il existe une constriction passagère d'abord des vaisseaux sous l'influence d'un trouble du système nerveux sympathique, peu à peu la constriction devient permanente et arrive jusqu'à l'oblitération presque complète des vaisseaux et détermine une thrombose d'où résulte la mort des tissus compris dans la territoire vasculaire atteint."

Diese von Charcot und Féré vertretene Theorie ist durch einen autoptischen Befund von Oppenheim bestätigt worden.

Es fand sich bei der Obduction der oben erwähnten,

---

[4]) Note sur un cas de migraine ophthalmique à accès répétés et suivis de mort. Revue de méd. 1883.

[5]) Casuistischer Beitrag zur Prognose der Hemicranie. Charité-Annalen, XV. Jahrgang, 1890.

von Oppenheim beobachteten Patientin „in der Carotis interna sinistra (kurz vor dem Abgange der Art. foss. Sylvii) ein ziemlich fester Thrombus von blassem Aussehen. Der Kern der ganzen linken Hemisphäre befand sich im Zustande der Erweichung. Insel, innere Kapsel, Linsenkern und Corp. striatum sind fast ganz zerstört, während der Thalamus opticus noch ziemlich intact ist.“ (Casuistischer Beitrag zur Prognose der Hemicranie. Charité-Annalen XV. Jahrgang.)

Aus unseren Mitteilungen geht wohl hervor, dass die Prognose der Hemicranie auch quoad vitam durchaus nicht immer günstig gestellt werden darf.

Zwar bleiben auch schwere Migränefälle viele Jahre lang unverändert in ihrem Auftreten; sie verlieren im Laufe der Zeit bisweilen an Intensität, und es kommen sogar Spontanheilungen auch schwerer Hemicranieen vor; wir denken hierbei namentlich an die Fälle, wo Frauen, die an regelmässig zur Zeit der Menstruation auftretenden Migräneparoxysmen litten, beim Eintritt ins klimakterische Alter von ihrer Hemicranie geheilt wurden.

Auf der anderen Seite aber sehen wir die Hemicranie sich mit den verschiedensten Neurosen complicieren; wir beobachten ferner, wie die lange Zeit transitorischen Ausfallserscheinungen sich stabilisieren können, so dass eine vorsichtige Beurteilung in prognostischer Beziehung dringend notwendig erscheint.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Privatdocent Dr. Oppenheim für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütige Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

du Bois-Reymond, Hemicrania sympathico-spastica 1860.
Möllendorff, Hemicrania sympathico-paralytica 1868.
Berger, Zur Pathogenese der Hemicranie.
Charcot, Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, deutsch von Freud 1866.
Féré, Contribution à l'étude de la migraine ophthalmique. Revue de Méd. 1881.
— Note sur un cas de migraine ophthalmique à accès répétés et suivis de mort. Revue de Méd. 1883.
Eulenburg, Über die Krankheiten des Sympathicus.
Realencyklopädie.
Oppenheim, Casuistischer Beitrag zur Prognose des Hemicranie.
Charité-Annalen XV. Jahrgang.
Holst, Die Behandlung der Hysterie, der Neurasthenie und ähnlicher allgemeiner functioneller Neurosen. Stuttgart 1883.
Eichhorst, Strümpell, Specielle Pathologie und Therapie.

Thesen.

I.

Die Prognose der Hemicranie ist auch quoad vitam nicht immer günstig zu stellen.

II.

Die Unna'sche Behandlung der Lues mit weicher Quecksilbersalbenseife verdient den Vorzug vor der Inunctionscur.

III.

Die Diagnose der Syringomyelie ist in einer gewissen Anzahl von Fällen möglich.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Hans Dorendorf, evang. Konfession, Sohn des Landgerichts-Präsidenten Dorendorf in Elbing, wurde am 29. März 1866 zu Aken a. E. geboren.

Seine wissenschaftliche Ausbildung erhielt er auf dem Kgl. Gymnasium zu Marienwerder, welches er Ostern 1887 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 30. März desselben Jahres in das Kgl. med.-chir. Friedrich-Wilhelms-Institut aufgenommen, genügte er im ersten Studiensemester seiner Dienstpflicht mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger bei der 2. Comp. Garde-Füsilier-Regiments. Am 20. Februar 1889 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 17. Februar 1891 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse der Herren:

Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Burchardt, Dilthey, v. Esmarch, Ewald, Fräntzel, Fritsch, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Hirsch, v. Hofmann, Israel, Keller, Köhler, Kossel, Kundt, Leuthold, Leyden, Liebreich, Lieman, Olshausen, Oppenheim, Overweg, Renvers, Salkowski, Senator, E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Siemerling, R. Virchow, Waldeyer, Wittmack.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.